

ANNEE 1937

THÈSE

N°

201

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice BERTIGNON

Né le 27 Juillet 1907, à VOUZIER (Ardennes)

LES MASTOÏDITES LATENTES

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice BERTIGNON

Né le 27 Juillet 1907, à VOUZIER (Ardennes)

LES MASTOÏDITES LATENTES

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie médicale et générale.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

Pathologie expérimentale et comparée.....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.....

Clinique médicale }

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale }

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements }

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....
 Cardiologie clinique

Professeurs sans chaire }

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL.
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel IABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 BEZANCON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri.. Pathologie médicale.
 BERNARD Et.. Pathologie médicale.
 BESANCON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK-
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.	RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLARET	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
OBERLING	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale
PETIT			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU	
CHAILLEY-		LEMAIRE ...	Parasitologie.
BERT.....	Physiologie.	PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
VALLERY-RADOT		VELTER	
(Fasteur).		ECALLE	} Clinique obstétricale
SEZARY		GUENIOT	
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé ...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Aspirant au 164^e Régiment d'Infanterie

Mort pour la Patrie le 20 juillet 1918

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage d'affection filiale.

A MON ONCLE ET MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME ED. CAMUS

Avec mon affection et ma reconnaissance pour tous deux.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE
Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de mes
très respectueux remerciements.

AU DOCTEUR R. DELATTRE

*Chef de Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
des Hôpitaux de Reims*

A qui je dois le sujet de cette thèse,
en témoignage de ma reconnaissance
pour son enseignement éclairé et les
conseils qu'il me prodigua avec tant
de bienveillance.

AU DOCTEUR RENÉ JACQUINET
Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine de Reims

AU DOCTEUR TECHOUÉYRES
Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims

AU DOCTEUR H. LARDENNOIS
*Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Reims*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE REIMS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

Hommage reconnaissant.

LES MASTOIDITES LATENTES

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

INTRODUCTION

« ...Une otite suppure, puis se tarit, le tympan se cicatrise. Mais l'inflammation de la mastoïde, restée jusque-là à l'état catarrhal, passe à la suppuration. L'intervalle entre la fin de l'otite et l'apparition de la mastoïdite peut être très long. C'est à ces derniers cas qu'il faudrait réserver le nom de mastoïdite latente », écrivait BALDENWECK dans la *Vie Médicale*, en 1920.

Nous ne pensons pas qu'il faille donner à l'expression « *Mastoïdite latente* » un sens aussi restreint. On peut, et c'est la tendance de la plupart des auteurs, qualifier de latente toute mastoïdite qui évolue sournoisement, pendant un temps plus ou moins long, sans présenter les signes classiques de cette affection.

Il faut savoir que l'on peut rencontrer des mastoïdites avec lésions ostéitiques avancées, ne s'accompagnant d'aucune douleur apophysaire, spontanée ou provoquée ; d'aucun gonflement rétroauriculaire, et même d'aucune température.

Cette dissociation anatomo-clinique rend le diagnostic des mastoïdites latentes difficile à établir. Aussi sont-elles généralement méconnues. Lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées et traitées à temps, c'est quelquefois une extériorisation bienfaisante, mais plus

souvent, hélas ! une complication endocranienne qui les révèle.

Notre attention a été attirée sur ce sujet par notre maître, le Docteur DELATTRE, chef du service d'oto-rhino-laryngologie des HÔPITAUX DE REIMS. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués. Nous avons pu recueillir, depuis trois ans, dans son service hospitalier, un certain nombre d'observations inédites, qui, jointes à quelques observations intéressantes déjà publiées, nous ont permis de mettre au point ce travail.

Nous nous attacherons principalement dans cette thèse à décrire les signes que tout spécialiste averti doit rechercher minutieusement pour poser le diagnostic de mastoïdite latente.

Le diagnostic précoce permet de traiter à temps cette affection traîtresse et redoutable ; la vie même du malade en dépend.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CLINIQUE

Parler de la symptomatologie des mastoïdites latentes peut paraître une gageure puisque par définition les signes mastoïdiens sont absents ou presque. Néanmoins nous allons passer en revue les signes, parfois discrets qui permettent de poser le diagnostic et autoriser la trépanation, lorsque la mastoïdite latente évolue :

- 1° Au cours d'une otite suppurée abondante ;
- 2° Au cours d'une otite suppurée légère ;
- 3° Après une otite suppurée guérie ;
- 4° Sans otite suppurée.

Nous illustrerons notre exposé d'observations, pour la plupart inédites et personnelles.

1° MASTOIDITES LATENTES AVEC OTITE SUPPUREE ABONDANTE

C'est la forme la plus fréquente, la mieux connue. La participation de l'antre et des cellules mastoïdiennes à l'inflammation qui a débuté dans la caisse, se traduit par un écoulement auriculaire persistant, sans atténuation de son abondance, quatre semaines après le début de l'otite. Si l'on a vidé la caisse de son pus

par un nettoyage minutieux au porte-coton, on voit immédiatement apparaître au niveau de la perforation tympanique une nouvelle goutte de pus, avec souvent un reflet pulsatile.

Cette forme, classique depuis que LUC en a fait la description, évolue généralement avec une fièvre légère mais continue. Le malade présente assez souvent une hémicranie du côté homologue à l'otite, avec exacerbation nocturne provoquant l'insomnie.

On comprend aisément que la constatation d'un écoulement auriculaire, abondant et persistant, attire, au cours d'une otite aiguë, l'attention sur la mastoïde. La caisse du tympan, étroite, ne peut, à elle seule, débiter une grande quantité de pus. Celui-ci provient, pour la plus grande partie, des cellules mastoïdiennes atteintes.

Cependant les adénoïdiens peuvent présenter, au cours d'une otite, un écoulement abondant et persistant sans qu'il y ait de lésions mastoïdiennes. Mais, dans ce cas, l'écoulement, dû à l'inflammation tubotympanique, est muqueux, filant.

OBSERVATION N° I

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

M. B... Henri, 57 ans, se présente le 9 décembre 1933 à la consultation d'O.R.L. de l'HÔPITAL CIVIL. Grippé depuis le début du mois, il a commencé à souffrir des oreilles dans la nuit du 7 au 8 décembre. L'otoscopie montre des deux côtés un tympan rouge et bombé.

L'acoumètrie révèle une diminution considérable de l'audition.

Rinne négatif des deux côtés.

Weber indifférent.

Une double paracentèse est immédiatement pratiquée.

Le malade est revu le 11 décembre.

Il ne souffre plus, mais l'écoulement est abondant des deux côtés et l'hypoacousie reste très marquée.

A partir du 29 décembre le malade se plaint de céphalées nocturnes. Des cachets antinévralgiques ne lui apportent pas le sommeil.

L'écoulement est abondant et épais des deux côtés. Les tympanes sont oedémateux. Le mur de la logette est infiltré des deux côtés.

La surdité s'accroît.

Les mastoïdes sont muettes : il n'y a aucune infiltration à leur niveau, aucune douleur spontanée ou provoquée.

Le malade est hospitalisé le 1^{er} janvier 1934.

Son état reste stationnaire les jours suivants.

Sa température oscille entre 37°2 et 37°6.

Il n'y a toujours aucune douleur mastoïdienne.

Un cliché radiographique des mastoïdes est pris le 6 janvier. Des deux côtés les mastoïdes sont opaques, d'une façon à peu près homogène, sauf à droite où il reste un petit foyer clair. La pyramide pétreuse semble également plus distincte des deux côtés.

Intervention le 8 janvier. Double mastoïdectomie.

Sous une corticale épaisse on trouve de grosses lésions ostéitiques intéressant tous les groupes cellulaires mastoïdiens. Il existe des deux côtés un véritable abcès périsinusal.

Suites opératoires excellentes.

Le malade sort de l'hôpital le 21 janvier.

OBSERVATION N° II

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

M. B... Georges, 30 ans, employé de chemins de fer, se présente le 20 janvier 1934 dans le service d'O.R.L. de l'Hôpital Civil parce que depuis deux jours il souffre de l'oreille gauche.

Température : 38°5.

Il accuse une douleur à la pointe de la mastoïde et au niveau du tragus. La traction exercée sur le pavillon est également douloureuse.

L'otoscopie révèle une furonculose du conduit et un tympan rouge et bombé.

Diminution de l'audition à gauche.

Weber latéralisé du même côté.

Rinne négatif.

Le tympan est incisé. Le malade est hospitalisé.

Traitement : oto-salantale.

Il sort de l'hôpital le 29 janvier ; la furonculose du conduit est guérie. Il reste une perforation postéro-inférieure du tympan avec un très léger écoulement.

Le malade revient à la consultation d'O.R.L. le 13 février. Son oreille coule davantage et il souffre depuis deux jours d'une hémicranie gauche, surtout nocturne.

Il ne présente aucune infiltration rétro-auriculaire ni aucune douleur mastoïdienne, spontanée ou provoquée.

Otoscopie : pus épais dans le conduit. Après écouvillonnage le tympan apparaît œdémateux. Une petite perforation postérieure laisse sourdre une gouttelette de pus qui se reproduit immédiatement après avoir été enlevée par le porte-coton.

Le conduit est ovalisé (comparaison avec l'autre côté).

La paroi supérieure est angulaire ; légère chute de la paroi postérieure, qui est rouge.

La température est à 38°2.

Le malade est à nouveau hospitalisé et l'opération est décidée pour le lendemain matin.

14 février : Intervention. Sous la direction du Docteur Delattre nous pratiquons la mastoïdectomie.

La mastoïde est éburnée. Les lésions ostéitiques intéressent surtout la région sous-antrale profonde et la pointe.

Mise à nu de la dure-mère cérébrale au niveau du toit de l'antra.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION N° III

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

Le soldat J... Jacques, 20 ans, du 12^e Régiment d'Aviation, se présente le 28 mars 1934 à la consultation d'O.R.L. de l'HÔPITAL MIXTE DE REIMS. Il souffre depuis deux jours de l'oreille droite. De ce côté il avait eu des bourdonnements il y a environ un mois et demi. Un examen otologique pratiqué à Nancy avait révélé une otite catarrhale pour laquelle aucun traitement n'a été institué.

L'examen otoscopique du 28 mars montre un tympan rouge et bombé qui est immédiatement incisé. Nous hospitalisons le militaire, que nous examinons à nouveau le lendemain matin.

La température est à 38°2.

L'écoulement purulent est très abondant.

Une hémicranie droite a empêché le malade de dormir.

Le 30 mars la température est à 38°4 le matin. La céphalée, surtout nocturne, n'a pas varié en intensité.

Le malade ne présente aucune douleur spontanée ou provoquée au niveau de la mastoïde droite.

Examen otoscopique : pus abondant dans le conduit. Le tympan est œdémateux.

Une radiographie des mastoïdes, pratiquée le même jour, montre une mastoïde droite opaque : la mastoïde gauche est bien transparente et à cellules nettement délimitées.

1^{er} avril : Opération. Mastoïdectomie droite. On trouve des lésions considérables de la mastoïde sous une corticale d'apparence saine. Tous les groupes cellulaires sont atteints d'ostéite. Mise à nu du sinus latéral, dont la loge est atteinte d'ostéite. La pointe de l'apophyse est réséquée.

Le lendemain de l'intervention la température est normale.

Quelques jours plus tard le malade contracte la scarlatine. Il est transféré au service d'isolement. Guérison.

OBSERVATION N° IV

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

L'enfant S... Jacques, 18 mois, entre le 5 décembre 1934 à l'AMERICAN MEMORIAL HOSPITAL. Il présente des signes méningés (raideur de la nuque,

Kernig) dont l'apparition remonte, paraît-il, à une dizaine de jours.

Il est examiné le 6 décembre par le Docteur Delatre qui reconnaît une double otite purulente.

Large paracentèse des tympans.

Le 8 décembre, le médecin de l'American Memorial Hospital demande de nouveau l'avis du Docteur Delatre.

La double paracentèse n'a pas amélioré l'état du petit malade.

Les signes méningés persistent.

La température est à 40°.

Les deux oreilles coulent abondamment.

Aucun signe de mastoïdite d'un côté ou de l'autre.

La ponction lombaire pratiquée le 5 décembre n'a pas révélé de germes dans le liquide céphalo-rachidien.

En raison de la double otite et du méningisme concomitant l'exploration des mastoïdes est décidée.

Le petit malade est aussitôt amené dans le service d'O.R.L. de l'HÔPITAL CIVIL où il est opéré quelques instants plus tard.

Opération. Double mastoïdectomie.

La mastoïde gauche est atteinte d'ostéite dans sa totalité. Mise à nu de la dure-mère cérébrale et du sinus latéral.

La mastoïde droite présente des lésions identiques.

Le 9 décembre les signes méningés ont disparu.

Guérison.

OBSERVATION N° V

Le soldat L... René, 21 ans, du 106^e Régiment d'Infanterie, est évacué le 9 décembre 1934 de l'infirmierie régimentaire sur l'HÔPITAL MIXTE DE REIMS avec le

diagnostic : otalgie gauche. Il est admis dans le Service d'O.R.L.

Température : **39°2**.

Otoscopie :

A droite : tympan normal.

A gauche : tympan rouge et bombé qui est immédiatement incisé.

Les jours suivants la température reste élevée : elle oscille entre **38°** et **39°5**.

Le malade ne souffre pas ; pas de céphalée° ; aucune sensibilité mastoïdienne spontanée ou provoquée.

L'écoulement purulent, purée de pois, est très abondant.

L'hypoacousie est très marquée du côté gauche. La montre, placée au niveau de la mastoïde n'est pas entendue du côté gauche, alors qu'elle l'est parfaitement de l'autre côté.

L'intervention sur la mastoïde est décidée.

Le 17 décembre, mastoïdectomie gauche.

La mastoïde, peu cellulaire, est atteinte d'ostéite dans toute son étendue. Mise à nu du sinus latéral sur une faible surface.

La température tombe à **37°** le lendemain.

Suites opératoires excellentes.

OBSEBATION N° VI

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

Mme M... Andrée, 33 ans, soignée depuis plus d'un mois pour une otite droite, par un spécialiste de la ville, vient consulter, le 17 avril 1935, le Docteur Delattre, en son service d'O.R.L. de l'HÔPITAL CIVIL.

Elle ne souffre pas, dort bien. Son état général n'est pas altéré et sa température est normale.

Elle n'a aucune déformation de la région mastoïdienne droite et ne ressent aucune douleur à ce niveau (spontanée ou provoquée).

Mais :

l'écoulement est abondant,

le tympan est œdémateux ; le mur de la logette infiltré ;

la montre n'est pas entendue au niveau de la mastoïde droite.

La malade est hospitalisée, et le lendemain matin, 18 avril, la mastoïdectomie droite est pratiquée.

Opération : Anesthésie locale à la Percaïne, plus quelques bouffées de chloroforme, étant donné la pusillanimité de la malade.

Corticale épaisse : ostéite péríantrale et de la zone sous-antrale profonde jusqu'à la pointe. Ostéite de la face interne de l'antra. Cellules sus-atticales malades obligeant à poursuivre la trépanation fort loin au-dessus du conduit.

Suture partielle.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° VII

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

M. L... Henri, 18 ans, se présente le 18 avril 1935 dans le service d'O.R.L. de l'HÔPITAL CIVIL. Il vient consulter parce que son oreille droite coule abondamment depuis un mois.

Il n'a pas de température, ne souffre pas. L'état général est excellent.

Il ne présente aucune modification de la région mastoïdienne droite, et aucune douleur spontanée ou provoquée n'existe à ce niveau.

Otoscopie : après écouvillonnage, apparaît un tympan œdémateux et le mur de la logette est infiltré et rouge. Grosse surdité par voie aérienne du côté droit, diminution de l'audition mastoïdienne de la montre du même côté.

Une radiographie pratiquée le jour même montre une mastoïde droite opaque, dont les contours cellulaires sont flous.

20 avril : mastoïdectomie droite.

Ostéite intéressant tout le bloc mastoïdien. Mise à nu du sinus latéral sur une petite surface.

Guérison.

OBSERVATION N° VIII

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

L'adjudant A..., de la base aérienne 112, est admis le 4 novembre 1935 dans le service d'O. R. L. de l'HÔPITAL MIXTE DE REIMS.

Il a présenté la veille et l'avant-veille de son admission une otalgie droite, intense surtout la nuit, accompagnée d'une poussée fébrile à 39°.

Quand nous l'examinons, il n'a plus de température et ne souffre pas. Le tympan droit est congestionné, mais ne bombe pas. Le lendemain il a repris sa teinte normale.

Le malade sort de l'Hôpital le 7 novembre.

Il revient à nouveau consulter le 10 novembre, car la veille il a encore souffert de son oreille droite.

Le tympan est cette fois rouge et bombé.

Une large paracentèse est pratiquée. Le malade est mis en observation.

Les jours suivants, l'écoulement muco-purulent, d'abord de moyenne abondance, augmente progressivement.

Le malade n'a pas de température et son état général est excellent. Pas de céphalée, pas de douleur mastoïdienne spontanée ou provoquée.

Le 20 novembre, le tympan est œdémateux.

L'audition de la montre au niveau de la mastoïde est très diminuée.

Une radiographie des mastoïdes est alors pratiquée le 22 novembre. La mastoïde droite est nettement plus grise et plus floue que la gauche. Les cloisons des cellules par endroit sont difficilement visibles.

Le 25 novembre : mastoïdectomie droite.

Sous une corticale de moyenne épaisseur, la mastoïde est atteinte d'ostéite. On se sert presque uniquement de la curette, car l'os a la consistance du sucre fondu. Curettage des groupes cellulaires : sous antral profond, rétro-sinusal, sus-attical et zygomatique.

Suture partielle ; drain.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION N° IX

(Inédite, communiquée par le Docteur DELATTRE.)

Le 14 juin 1936, je suis appelé à examiner la jeune L... Bernadette dont les oreilles coulent depuis un mois. Il n'y a pas eu de paracentèse. L'écoulement

assez abondant, est muco-purulent, très filant tel qu'on le rencontre dans les otites des adénoïdiens. Il n'y a pas de fièvre. L'état général est bon. Aucune douleur spontanée ou provoquée n'existe au niveau des mastoïdes. Mais le fond du conduit est œdémateux des deux côtés (tympan et mur de la logette infiltrés).

Un cliché radiographique pratiqué le 16 juin montre du côté droit une mastoïde franchement opaque ; du côté gauche un aspect légèrement flou et brouillé sans opacité complète.

Opération le 17 juin. Ostéite étendue des deux mastoïdes qui sont nettoyées à la curette.

Guérison.

OBSERVATION N° X

(Docteur DELATTRE,
in Union Médicale du Nord-Est, 1924.)

...Voici tout d'abord un homme d'une trentaine d'années qui fait une otite moyenne suppurée droite. On fait une paracentèse, l'oreille coule abondamment. Six semaines après le début de l'otite, l'écoulement persiste, diminué mais purulent. On fait une nouvelle paracentèse qui n'améliore pas la situation. On ne trouve aucun signe de mastoïdite : pas de sensibilité de l'apophyse, pas de gonflement apophysaire, pas de chute du conduit, pas de douleur, pas de fièvre, excellent état général.

Toutefois, on constate une tuméfaction rouge œdémateuse de la région du mur de la logette qui indique l'existence d'un processus inflammatoire dans l'antre. On opère et on trouve toute la mastoïde atteinte d'ostéite.

OBSERVATION N° XI

(Docteur DELATTRE,

in *Union Médicale du Nord-Est*, 1924.)

...Citerai-je encore un cas, celui d'un enfant qui fit une otite moyenne droite, précocement paracentésée et qui pendant longtemps présenta comme signe de la mastoïdite que je devais opérer plus tard, un écoulement rebelle à toute thérapeutique avec œdème rouge de la région du mur de la logette. Là encore nous n'avions ni douleur, ni fièvre, ni tuméfaction rétro-auriculaire, ni gonflement apophysaire. L'intervention révéla une ostéite de tout le massif mastoïdien.

2° MASTOIDITES LATENTES AVEC OTITE SUPPUREE LEGERE.

Le diagnostic est déjà plus difficile à établir dans cette forme que dans la précédente. Ce qui doit faire penser à une mastoïdite c'est la constatation de signes otoscopiques, traduisant au fond du conduit l'infection mastoïdienne. LERMOYER disait à ses élèves que « le mur de la logette est le véritable miroir de la mastoïde ». Le Docteur DELATTRE, en 1924, dans une communication à la Société Médicale du Nord-Est, avait signalé le gonflement et la rougeur du mur de la logette au cours des mastoïdes latentes.

L'infiltration et la rougeur du mur de la logette sont dues à la rétention du pus dans l'étage supérieur de la caisse : « *la membrana flaccida* » se laisse distendre et le pus s'infilte entre l'os et le conduit membraneux, peu adhérent à cet endroit. Lorsque ce décollement est

bien amorcé on a l'aspect « fermé en bourse » du fond du conduit ; le décollement complet donne la chute de la paroi postérieure du conduit, signe maintenant classique de mastoïdite.

Le fond de conduit « *fermé en bourse* » a été décrit par DUTHEILLET DE LAMOTHE qui en faisait un signe pathognomonique de mastoïdite. Voici ses conclusions :

1° L'aspect « *fermé en bourse* », dû à la combinaison du gonflement du mur de la logette avec un début de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit se caractérise par :

a) La disparition de l'angle dièdre formé normalement par l'union du tympan et de la paroi postérieure du conduit auditif, et son remplacement par un plan courbe, de telle sorte qu'il devient malaisé de déterminer en quel point doit porter la paracentèse ;

b) Un aspect radié du tympan, les plis partant tous d'un même point qui répond à la saillie du manche du marteau, aspect analogue à celui de l'ouverture d'une bourse fermée par un cordon et vue de l'intérieur d'où le nom proposé.

2° Cet aspect indiquant la participation de l'attique et de l'antre à la suppuration constitue un signe presque certain de mastoïdite latente. Sa constatation en l'absence même de tout autre signe de mastoïdite, peut légitimer l'antrotomie (DUTHEILLET DE LAMOTHE, in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1928.)

En dehors des signes otoscopiques, qui peuvent être réduits, d'ailleurs, à un simple aspect œdémateux du tympan et du mur de la logette, les signes fonctionnels et généraux doivent être interprétés avec discernement.

L'hémicranie avec insomnie est un signe de haute valeur que l'on rencontre très souvent.

La grosse surdité avec diminution de l'audition osseuse de la montre doit faire penser à l'existence d'une mastoïdite. Ce signe est cependant en défaut :

1° Chez l'enfant qui manque de sincérité ;

2° Chez l'adulte après cinquante ans ; la montre peut n'être plus entendue au niveau de l'os sans qu'il y ait de lésions ;

3° Au cours de la grippe lorsqu'il existe une névrite de l'acoustique.

Il est toujours nécessaire de comparer les deux côtés.

Enfin, lorsqu'après une paracentèse correcte, la fièvre persiste au delà de quarante-huit heures, il faut penser que l'infection s'est installée dans l'antre et les cellules mastoïdiennes, et rechercher les jours suivants les signes endoscopiques qui permettront de poser le diagnostic de mastoïdite. Dans les cas douteux une radiographie comparative des mastoïdes pourra être utile.

OBSERVATION N° XII

*(Inédite, recueillie dans le service d'Isolement
de l'HOPITAL CIVIL DE REIMS.)*

Mademoiselle L., 14 ans, entre le 10 janvier 1934 dans le service d'Isolement de l'HOPITAL CIVIL avec le diagnostic de scarlatine.

Quelques jours après son entrée, l'oreille droite se met à couler.

Au début de février, la jeune malade, qui était devenue apyrétique après la disparition de l'exanthème fait une poussée fébrile qui ne peut être expliquée par une autre cause que l'otite.

Elle est examinée le 6 février par le Docteur Delattre. Elle ne se plaint pas de l'oreille ; n'a pas de céphalée ni d'insomnie douloureuse.

Elle ne présente pas de modification apparente de la région mastoïdienne droite, et la pression au niveau de l'antré n'éveille aucune douleur.

Otoscopie : le conduit auditif droit renferme un peu de pus jaunâtre qui est enlevé au porte-coton.

Le conduit n'est pas déformé mais sa paroi postéro-supérieure présente une rougeur intense.

Le tympan et le mur de la logette sont infiltrés.

Paracentèse large du tympan : on a l'impression que l'aiguille pénètre dans une caisse œdémateuse.

Pas de chute de la température les jours suivants.

On se décide à intervenir sur la mastoïde le 10 février en raison des signes otoscopiques et de la persistance de la fièvre (de 38° à 38°5).

Opération. Mastoïdectomie droite.

Grosses lésions ostéitiques intéressant la totalité de l'apophyse. La trépanation conduit au-dessus de la caisse dans des cellules sus-atticales et temporo-zygomatiques.

Mise à nu du sinus latéral sur une faible surface.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° XIII

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE)*

Mlle B... Charlotte, 18 ans, se présente le 9 février 1934 à la consultation d'O.R.L. de l'HOPITAL CIVIL. Depuis plusieurs jours, elle souffre d'une hémicranie gauche qui l'empêche de dormir. Elle rapporte, fort

intelligemment, cette céphalée à l'existence d'une otite gauche dont le début remonte à trois semaines. Elle avait d'ailleurs consulté à ce sujet un spécialiste de la ville qui avait pratiqué, le 18 janvier, la paracentèse du tympan.

L'état général est bon et la température normale.

La région mastoïdienne gauche n'est pas infiltrée et aucune douleur spontanée ou provoquée n'existe à ce niveau.

Otoscopie : peu de pus dans le conduit, mais le tympan qui présente une perforation postéro-inférieure est oedémateux. Le mur de la logette est infiltré et rouge.

La malade est hospitalisée.

Une radiographie des mastoïdes pratiquée le 10 février montre : une mastoïde gauche opaque avec des cloisons floues ; une mastoïde droite bien transparente dont les cellules sont nettement délimitées.

12 février : mastoïdectomie gauche.

On trouve au cours de l'intervention de grosses lésions ostéitiques intéressant toute la mastoïde. La dure-mère cérébrale est mise à nu sur une petite surface au niveau du toit de l'antre.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION N° XIV

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE.)*

Le jeune N... Marcel, 11 ans, est amené le 3 mars 1934 par ses parents à la consultation d'O.R.L. de l'HOPITAL CIVIL. Depuis la veille il souffre de l'oreille gauche, présente de la température et n'a pu dormir

dans la nuit du 2 au 3 mars. Le tympan gauche est rouge et bombé. Il est largement incisé. Le tympan droit est normal.

Nous revoyons le jeune malade le 7 mars. Il a toujours de la fièvre, mais c'est du côté droit qu'il se plaint maintenant.

Il présente en effet de ce côté une otite moyenne aiguë pour laquelle nous pratiquons la paracentèse du tympan.

Du côté gauche, l'écoulement purulent n'est pas très abondant, mais le tympan est légèrement oedémateux.

L'enfant est admis dans le service d'O.R.L. pour y être mis en observation.

Le soir la température est à 39° .

Le lendemain matin 8 mars : 39° ; le soir : $40^{\circ}6$.

Le 9 mars : le matin : 38° ; le soir : $40^{\circ}4$.

Il reçoit un cent. cube de Propidon.

Le 10 mars, le matin : $39^{\circ}2$; le soir : 41° .

L'enfant ne souffre pas. Aucune modification apparente des régions mastoïdiennes. Pas de douleur spontanée ou à la pression à leur niveau.

L'oreille droite ne coule pas ; le tympan est rouge ; l'incision se cicatrise.

A gauche, l'écoulement purulent est peu abondant.

Le 11 mars, la température est à $37^{\circ}8$ le matin ; 41° le soir.

Le 12, le matin : $37^{\circ}8$; le soir : $39^{\circ}8$.

Le 13, le matin : $38^{\circ}2$; le soir : $37^{\circ}8$.

Le 14 mars, la température tombe, le matin à $36^{\circ}8$.

On se décide néanmoins à intervenir sur les mastoïdes bien que le jeune malade n'accuse aucune douleur à leur niveau, car : du côté gauche l'écoulement est presque tari, mais le tympan est oedémateux ; la paroi postéro-supérieure du conduit est infiltrée et rouge.

Du côté droit, le tympan, bien que cicatrisé, reste flou; le mur de la logette est rouge.

Opération : double mastoïdectomie.

A droite, grosses lésions ostéitiques intéressant tous les groupes cellulaires. Au cours de l'intervention, la dure-mère cérébrale est mise à nu au niveau du toit de l'antre.

A gauche : destructions cellulaires avancées. Il existe un véritable abcès périsinusal.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION N° XV

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE.)*

Le soldat C..., 21 ans, du 106^e R. I., entre le 29 mai 1935 dans le service d'O.R.L. de l'HOPITAL MIXTE DE REIMS avec le diagnostic : otalgie gauche.

La température est à 38°4.

Otoscopie : tympan gauche rouge et bombé.

La paracentèse du tympan est immédiatement pratiquée.

Au bout de quelques jours le tympan devient oedémateux, puis apparaît une légère chute de la paroi postéro supérieure du conduit. En même temps, l'audition de la montre placée au niveau de la mastoïde diminue.

L'écoulement purulent est discret.

Le malade ne souffre pas.

Aucune douleur à la pression au niveau de l'apophyse.

Pas de déformation de la région.

Température normale ; bon état général.

La radiographie des mastoïdes pratiquée le 11 juin révèle une mastoïde gauche opaque.

Le 16 juin : mastoïdectomie gauche.

Sous une corticale très épaisse, on trouve de très grosses lésions ostéitiques intéressant tous les groupes cellulaires mastoïdiens.

Guérison.

OBSERVATION N° XVI

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE.)*

H... Ernest, 21 ans, du 8^e Zouaves, était soigné depuis deux mois à l'infirmierie-hôpital du camp de Mourmelon pour une otite gauche, lorsque le 25 mars 1936 il présenta des signes méningés. Evacué le 26 mars sur l'Hôpital militaire de Châlons. Il fut après examen évacué cette fois sur l'HOPITAL MIXTE DE REIMS où il fut admis dans le service d'O.R.L. au début de l'après-midi.

Les signes méningés sont très marqués (raideur de la nuque, Kernig). L'examen otologique révèle un tympan rouge avec une perforation punctiforme centrale. L'écoulement peu abondant est muqueux.

Aucune douleur apophysaire, aucun gonflement rétro-auriculaire.

Le labyrinthe n'est pas atteint.

Mastoïdectomie gauche à 4 heures de l'après-midi.

Anesthésie locale. Le malade ne réagit presque plus.

Toute la mastoïde est atteinte d'ostéite. Mise à nu du sinus latéral qui est très procident (à 4 $\frac{m}{m}$ du bord postéro-supérieur du conduit) ; mise à nu de la dure-

mère cérébrale et cérébelleuse. Ponctions négatives.

Dans la soirée le malade entre dans le coma et meurt.

La ponction lombaire, pratiquée à la fin de l'intervention, ramena un liquide trouble qui, examiné au laboratoire, révéla de nombreux streptocoques.

OBSERVATION N° XVII

(Docteur DUTHEILLET DE LAMOTHE,

in Annales des Maladies de l'oreille et du larynx, 1928
p. 486.)

Le 1^{er} février dernier, un couple de négociants d'un chef-lieu de canton fort éloigné de Limoges, m'amenaient leur fillette âgée de cinq ans, laquelle souffrait des deux oreilles depuis quatre jours, à la suite d'un fort coryza.

L'enfant accompagne à pied ses parents et son état général ne paraît en rien altéré. Toutefois le thermomètre révèle une température de 39°2 axillaire.

A l'examen, les mastoïdes sont absolument indolores, même à la pression forte, même à la pointe.

Les deux tympanes présentent de la façon la plus nette l'aspect « *fermé en bourse* ». Mis au pied du mur, je serais fort embarrassé de dire en quel point exact devra porter ma paracentèse pour être correcte, tant le conduit et le tympan se confondent à leur point de jonction. Que faire ? Classiquement, paracentésér et attendre. Je le répète, il s'agit de personnes venues de très loin. Dois-je exposer ma petite malade aux aléas de voyages multiples en plein hiver, alors qu'en moi-même ma conviction est faite : je suis en présence

d'une mastoïdite latente que je serai fatalement amené à ouvrir. »

D'autre part, les indications opératoires sont bien peu précises. Assurément, un chirurgien général déconseillerait formellement d'ouvrir ces mastoïdes qui ne sont ni gonflées ni même douloureuses le moins du monde. Seul, l'aspect du tympan m'indique que l'attique et l'antre sont atteints. L'impossibilité où je suis de conserver l'enfant sous ma surveillance me décide.

J'interviens, non sans angoisse ; pour la première fois où je lui attribue une valeur absolue, mon signe va-t-il m'avoir mis en défaut ? Dès les premiers coups de gouge, je suis rassuré : le pus s'écoule en abondance sitôt la corticale ouverte et je trouve à ma grande surprise, des lésions infiniment plus accentuées que ne permettait de le supposer la date rapprochée du début de l'affection. Même chose, exactement de l'autre côté où les lésions sont peut-être plus importantes encore.

Guérison sans incident, actuellement complète.

3° MASTOIDITES LATENTES

EVOLUANT APRES UNE OTITE SUPPUREE GUERIE

C'est à cette forme que BALDENWICK réservait le nom de mastoïdite latente. Le diagnostic en est délicat. C'est en général une hémicranie, une fièvre légère, un état général plus ou moins altéré qui font penser à l'existence d'une mastoïdite latente du côté où l'otite s'est tarie. Il est rare d'ailleurs que le tympan ait repris son aspect absolument normal. Bien que cicatrisé il garde en général un aspect flou, et le mur de la logette reste souvent infiltré et rouge.

L'examen clinique minutieux doit être complété par un examen radiologique des mastoïdes et par une formule hémoleucocytaire.

Les techniques radiologiques actuelles permettent d'obtenir de bons clichés des mastoïdes, dont l'interprétation, en accord avec la clinique, peut permettre de poser un diagnostic ferme dans les cas difficiles.

Quant à la formule leucocytaire, elle pourra révéler, comme MALASSEZ et HAYEM l'ont montré, l'existence d'une suppuration latente circonscrite. Il s'agit d'une augmentation des leucocytes du sang portant surtout sur les polynucléaires.

OBSERVATION N° XVIII

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE.)*

Mlle B... Thérèse, 26 ans, entre à l'HOPITAL CIVIL DE REIMS, service d'O.R.L., le 30 décembre 1933, avec le diagnostic d'otite moyenne aiguë droite compliquée de mastoïdite. Un spécialiste de la ville avait pratiqué la paracentèse du tympan quelques jours auparavant.

Le 31 décembre, intervention : mastoïdectomie du côté droit.

Le même jour, la malade présentant du côté gauche une otite moyenne aiguë, son tympan est largement incisé.

Suites opératoires normales jusqu'au 12 janvier, date à partir de laquelle elle commence à se plaindre d'une hémicranie gauche, surtout nocturne, qui s'accompagne d'un mouvement fébrile autour de 38°.

Du côté droit, la cicatrisation de la plaie mastoïdienne se poursuit normalement.

A gauche, après un écoulement séro-purulent de faible durée, le tympan s'est cicatrisé et a repris une teinte normale. La malade ne présente de ce côté aucune infiltration rétro-auriculaire, aucune douleur spontanée ou à la pression.

On se décide néanmoins, le 16 janvier, à faire radiographier la mastoïde gauche en raison de l'otite récente, de l'hémicranie gauche et de la température, toujours au voisinage de 38°.

La radiographie révèle une mastoïde floue.

Examen du sang : hématies, 4.000.000 ; leucocytes, 19.200 ; hémoglobine, 70 %.

Intervention le 19 janvier.

Mastoïdectomie gauche. On trouve des lésions d'ostéite intéressant toute la mastoïde, s'étendant aux cellules rétro-sinusales et au plancher cranien. La dure-mère cérébrale est mise à nu sur une faible surface au-dessus du toit de l'antre.

La malade sort de l'Hôpital le 5 février.

OBSERVATION N° XIX

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE.)*

M. D., 47 ans, employé de chemins de fer, se présente le 22 janvier 1934 à la consultation d'O.R.L. de l'Hôpital Civil.

Grippé depuis le 14 janvier, il a commencé à souffrir de l'oreille gauche le 19.

L'examen otoscopique montre à gauche un tympan rouge et bombé.

Weber latéralisé à gauche.

Rinne négatif.

Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, nous pratiquons la paracentèse du tympan.

Les jours suivants, le malade ne souffre plus, mais l'écoulement purulent, purée de pois est abondant.

Le 2 février, M. D..., entre dans le service d'O.R.L. pour y être mis en observation.

Il ne présente aucune douleur spontanée ou provoquée au niveau de la région mastoïdienne gauche. Il n'a ni céphalée, ni insomnie.

La température est subnormale.

Otoscopie : pus épais, verdâtre dans le conduit. Après écouvillonnage, le tympan apparaît avec une perforation visible dans le quadrant postéro-inférieur : il n'est pas œdémateux. Le conduit ne présente d'autre part aucune déformation.

Néanmoins, en raison de la persistance et de l'abondance de l'écoulement, nous faisons pratiquer le 6 février une radiographie de la mastoïde gauche.

La radio est négative : « Aspect symétrique de mastoïdes à cellules moyennes, sans obscurité plus marquée d'un côté ou de l'autre ».

Les jours suivants, l'écoulement diminue, puis se tarit.

Le 14 février, le malade quitte l'Hôpital.

Au début de mars, il vient à nouveau consulter parce que depuis le 25 février, il présente une douleur vague siégeant au vertex, exclusivement diurne, durant cinq à six heures, mais sans grande acuité.

L'examen du nez ne révèle pas de pus dans les méats moyens ; les sinus sont clairs à la diaphanoscopie.

Les tympans sont normaux ; l'audition est bonne.

Pas de signe labyrinthique ou cérébelleux.

Fond de l'œil normal.

Bien que le malade n'ait pas de température et que

l'examen otoscopique soit négatif, nous demandons cependant :

Au service de radiologie, un nouveau cliché des mastoïdes ;

Au laboratoire, une numération globulaire et une formule leucocytaire.

La nouvelle radio, pratiquée le 13 mars, montre : « une opacité étendue à la base de la mastoïde et au rocher à gauche, la pointe paraissant respectée ».

La numération globulaire : hématies, 4.200.000 ; leucocytes, 21.300 ; hémoglobine, 75 %.

La formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	85 %
Polynucléaires œsinophiles	4 %
Polynucléaires basophiles	1 %
Grands mononucléaires	10 %

Le malade est à nouveau hospitalisé, et le 16 mars nous pratiquons, sous la direction du Docteur Delattre, la mastoïdectomie gauche.

Opération : sous une corticale épaisse, nous trouvons des lésions d'ostéite intéressant toute l'apophyse et s'étendant jusqu'au plancher crânien. Dès le lendemain la douleur localisée au vertex ne se reproduit plus.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° XX

(Inédite, personnelle.)

M. M..., 78 ans, de Tinquieux (Marne), se présente le 31 juillet 1936 au Cabinet de consultation du Docteur Delattre que nous remplaçons. Il se plaint de douleurs dans l'oreille droite depuis quelques jours.

Le tympan droit est rouge et bombé : nous l'incisons immédiatement.

Le malade regagne son domicile et nous promet de nous tenir au courant de son état de santé.

Le 4 août il nous fait appeler, car il souffre toujours de l'oreille. Nous trouvons notre malade couché, car il a présenté la veille, une hématurie.

Il n'a pas de température. Ses douleurs auriculaires ne sont pas très intenses. L'écoulement purulent est de moyenne abondance. La pression forte au niveau de l'antre est assez douloureuse.

Otoscopie : après écouvillonnage nous apercevons un tympan œdémateux et un mur de la logette infiltré.

Nous pensons à une mastoïdite latente.

Les jours suivants nous revoyons notre malade.

Les douleurs auriculaires disparaissent progressivement, ainsi que la douleur provoquée au niveau de l'antre.

Mais une hémicranie droite persiste et nous nous décidons le 14 août, bien que l'écoulement soit presque tari et la température nulle, à faire radiographier les mastoïdes de M. M..., car le tympan droit est toujours œdémateux et le mur de la logette infiltré et rouge.

Le 18 août, notre malade va très mal, il a de la congestion pulmonaire, 39° de température et de l'arythmie. Au point de vue auriculaire, en apparence tout au moins, il a l'air guéri. Aucune douleur apophysaire, le tympan est cicatrisé, l'audition est relativement bonne.

Mais il garde une vague douleur temporale droite, et le mur de la logette reste rouge.

La radiographie est positive à droite. Les clichés sont bons et on peut les interpréter facilement.

Nous décidons d'intervenir dès que l'état cardiaque de notre malade nous le permettra.

Le 21 août, nous intervenons.

Anesthésie locale à la Percaïne.

Dès les premiers coups de gouge, sous une corticale de moyenne épaisseur, nous trouvons un os en bouillie et c'est à la curette que nous avons pu évider toute l'apophyse.

Choc opératoire nul, notre malade malgré son grand âge s'est rétabli rapidement.

Le 31 août, il pouvait quitter la clinique et regagner son domicile où les pansements lui furent continués.

4° MASTOÏDITES LATENTES EVOLUANT SANS OTITE SUPPUREE

C'est une forme exceptionnelle. On l'a désignée souvent sous le nom de mastoïdite primitive, « dont l'existence, dit LERMOYEZ, demeure même fort discutable et fort discutée ; c'est qu'elle peut aisément être simulée par une mastoïdite secondaire lorsque l'otite causale initiale a été assez légère pour passer inaperçue, ou est déjà guérie sans avoir laissé de souvenir. La grippe nous montre des faits de ce genre ; on pourrait dire d'eux que l'infection naso-pharyngienne, remontant par voie tubaire, lèche la caisse et mord la mastoïde ».

Du fait de l'absence de suppuration auriculaire, l'attention du médecin n'est pas attirée du côté de l'oreille et une hémicranie, accompagnée d'un léger mouvement fébrile, n'est pas rapportée à sa cause réelle. C'est généralement une complication, plus rarement une extériorisation qui révèle la mastoïdite.

En présence d'une hémicranie qui s'accompagne d'insomnie et d'un état subfébrile, il est nécessaire d'examiner soigneusement les tympans du malade. Bien souvent on trouvera du côté homologue à l'hémicranie un tympan flou, un mur de la logette rouge. Une radio et une formule hémoleucocytaire seront nécessaires pour confirmer le diagnostic de mastoïdite latente sans otite suppurée.

Si dans la seconde enfance et à l'âge adulte, cette forme est rarissime, dans la première enfance elle est plus fréquente qu'on ne le pense habituellement ; l'oto-mastoïdite latente du nourrisson est bien souvent à l'origine de certaines athrepsies, de diarrhées cholériformes. Il existe des mastoïdites au cours de la première enfance qui ne se traduisent cliniquement que par un syndrome cholériforme avec fièvre. Aucun symptôme local : la paracentèse donne peu ou pas de pus alors que l'intervention fait découvrir un empyème de l'antre ou même des lésions apophysaires importantes.

Donc, lorsqu'on se trouvera en présence d'un état général grave, chez un nourrisson, avec déshydratation et acidose, dont on ne trouve pas la cause après examens multiples, on devra soupçonner une oto-mastoïdite latente.

Les lésions sont habituellement bilatérales.

Ces faits observés il y a plus de trente ans par BARBILLON puis par Maurice RENAUD en 1921, paraissent actuellement bien établis, mais les indications opératoires sont toujours discutées étant donné l'imprécision du diagnostic. La radiographie, introduite récemment par Paul BERNARD, pourra rendre d'utiles services.

OBSERVATION N° XXI

*(Inédite, recueillie dans le service
du Docteur DELATTRE.)*

La jeune W... Bernadette, 6 ans, est envoyée le 18 juin 1936 par le Docteur Gaudefroy, de Verzy, à la consultation d'O.R.L. de l'HOPITAL CIVIL DE REIMS. Elle présente depuis quelques jours une paralysie faciale, de type périphérique, du côté gauche.

La petite malade ne paraît ressentir aucune douleur auriculaire et n'a pas de température.

L'examen otoscopique montre du côté gauche un tympan légèrement œdémateux qui paraît bomber dans son secteur postérieur.

La paracentèse ne ramène pas de pus.

Pas de suppuration non plus les jours suivants : le tympan se cicatrise mais reste flou. Le mur de la logette est infiltré et rouge.

Un cliché radiographique montre que la mastoïde gauche est opaque.

Opération le 25 juin.

Sous une corticale d'apparence saine, on trouve des lésions d'ostéite fongueuse périanturale.

Curettage des cellules de la traînée sous antrale profonde, des cellules limitrophes du conduit, des cellules sus-atticales.

Suites opératoires normales.

Nous revoyons cette petite malade dans le courant d'août : sa paralysie faciale a presque complètement disparu.

OBSERVATION N° XXII

(*Inédite, communiquée par le Docteur DELATTRE.*)

Depuis le début du mois de septembre 1936, Mlle M. souffre de l'oreille droite. Cette douleur auriculaire, diurne et nocturne, est intermittente. Mais l'oreille ne suppure pas. A partir du huitième jour, les douleurs auriculaires sont remplacées par une hémicranie droite.

A ce moment l'examen otoscopique montre un tympan absolument normal à droite.

Mais l'audition aérienne est diminuée de ce côté ainsi que l'audition osseuse de la montre.

Aucune infiltration rétroauriculaire, aucune douleur apophysaire, spontanée ou provoquée.

Une radiographie des mastoïdes, pratiquée le 19 septembre, montre du côté droit une mastoïde floue.

Intervention sous anesthésie générale.

Sous une corticale épaisse, la mastoïde contient un liquide filant, un peu louche, dans les cellules. Dans la région antrale, périantrale et au niveau du plancher crânien elle est atteinte d'ostéite.

Cessation de l'hémicranie le lendemain de l'opération.

*
**

Cette étude clinique et les observations qui l'illustrent montrent quelle diversité d'aspects cliniques peuvent emprunter les mastoïdites latentes. L'otite causale peut être: importante, banale, guérie ou même tellement fugace qu'elle ne laisse aucun souvenir. Et cependant l'infection mastoïdienne qui évolue sans

bruit, dans une atmosphère de fausse sécurité, peut brusquement se révéler par une complication endocranienne mortelle.

Toute otite, si banale qu'elle puisse paraître, devra être surveillée. Si une mastoïdite latente est diagnostiquée on devra, sans apporter le moindre retard qui pourrait être fatal, trépaner l'apophyse.

CHAPITRE II

CAUSES DE LA CARENCE DES SYMPTOMES MASTOIDIENS AU COURS DES MASTOÏDITES LATENTES

Deux ennemis sont en présence au cours d'une infection : d'une part, le microbe qui est l'assaillant et dont la virulence est plus ou moins grande ; d'autre part l'organisme qui se défend et dont les ressources sont variables. Ils se battent sur un terrain dont la configuration varie quelque peu d'un individu à un autre.

L'intensité des manifestations cliniques des mastoïdites est donc liée à l'un de ces trois facteurs, souvent aux trois : nature et virulence du microbe, résistance de l'organisme, structure de la mastoïde.

1° NATURE ET VIRULENCE DU MICROBE

Un microbe peu virulent ne sollicitera pas l'organisme à réagir avec fracas, mais pourra, avec le temps, causer des dégâts considérables... On aura des mastoïdites à évolution lente et silencieuse, sans réaction locale ou générale, mais graves par l'issue possible du pus dans les méninges ou le sinus latéral.

Une variété de pneumocoque, le *pneumococcus mucosus* ou pneumocoque III a une affinité toute particulière pour la mastoïde au cours des otites souvent latentes qu'il provoque.

C'est un germe redoutable, qui exerce sur l'os une action nécrotique. Les mastoïdites latentes à *pneumococcus mucosus*, individualisées d'abord par WITMAACK sous le nom d'otites à streptococcus mucosus, sont les plus silencieuses. « Méconnues, écrit LEMAIRE, in archives O.R.L. 1927, en raison précisément de leur latence, elles ne se révèlent bien souvent que par l'apparition d'une complication mortelle, presque toujours une méningite ».

2° RESISTANCE DE L'ORGANISME

Un organisme débilité, amoindri par l'âge ou les maladies, ne réagira que faiblement à l'envahissement microbien. Ce qui explique l'absence de température chez les convalescents de maladies infectieuses et les vieillards dont les mastoïdites ont souvent une symptomatologie très fruste.

3° STRUCTURE DE LA MASTOÏDE

Une corticale très épaisse ne favorise pas l'extériorisation et la pression exercée sur une apophyse, même très malade, ayant une telle structure, n'éveille aucune douleur. Il y a un mur solide entre le tissu diploïque infecté et les téguments rétro-auriculaires : d'où l'absence de signes locaux. Enfin un aditus large et per-

méable, laissant écouler dans la caisse le pus mastoïdien, peut éviter toute rétention douloureuse.

Telles paraissent être les causes de la carence des manifestations cliniques au cours des mastoïdites latentes. Lorsque toutes ces causes coexistent, la mastoïdite est pratiquement silencieuse et le clinicien le plus averti en pose rarement le diagnostic. Heureusement, dans la plupart des cas de mastoïdites latentes, un ou deux signes, parfois discrets, suffisent pour attirer l'attention sur l'apophyse et éviter au malade un sort funeste.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic des mastoïdites latentes repose sur l'examen clinique, sur la radiographie et les examens de laboratoire.

L'examen clinique doit être minutieux en raison même de la symptomatologie parfois extrêmement fruste.

Chez le nourrisson, lorsqu'on se trouvera en présence d'un état général grave avec syndrome cholérique ou syndrome méningé, il faudra penser à l'existence d'une antrite latente si aucune explication ne peut être apportée à un tel état.

Chez l'enfant, lorsqu'au cours d'une otite correctement drainée apparaissent des signes méningés, raideur de la nuque, vomissements, Kernig, la mastoïde est atteinte et doit être trépanée.

Chez le grand enfant et l'adulte, les signes endoscopiques révèlent généralement la mastoïdite latente. Il y a mastoïdite lorsqu'au cours d'une otite :

le tympan est œdémateux, le mur de la logette, infiltré et rouge ;

lorsque le fond du conduit prend l'aspect dit « *fermé en bourse* ».

Parmi les signes fonctionnels et généraux, on doit accorder une grande valeur diagnostique à :
l'apparition d'une grosse surdité ;

la diminution de l'audition osseuse de la montre du côté malade (*signe de la montre du Docteur DELATTRE*).

la douleur pulsatile siégeant au fond du conduit, persistant après une paracentèse correcte ;

l'hémicranie provoquant l'insomnie ;

la persistance de la température 48 heures après la paracentèse ;

l'installation d'une fièvre d'allure septicémique.

Enfin, au cours de la grippe, la bilatéralité des lésions étant habituelle, si d'un côté on a reconnu l'existence d'une mastoïdite et que de l'autre il y a une otite, la deuxième mastoïde doit être tenue pour suspecte. (*Loi de symétrie du Docteur DELATTRE.*)

Chez le vieillard, il s'agit souvent d'oto-mastoïdite latente parfois à mucosus ; les signes sont généralement très frustes et demandent à être recherchés minutieusement.

Dans les cas difficiles on se basera toujours sur un examen radiologique. Un cliché négatif n'a pas grande valeur ; un cliché positif doit être soigneusement interprété et doit compléter seulement l'examen clinique.

Radiographiquement, une mastoïde atteinte d'ostéite se traduit par deux éléments qui se juxtaposent :

1° une diminution de la transparence normale de l'apophyse allant jusqu'à l'opacité, causée par la présence du pus dans les cellules.

2° la disparition de l'aspect trabeculaire, caractéristique de la mastoïde normale, causée par l'effondrement des cloisons intercellulaires.

Cependant, si les clichés des mastoïdes pneumatiques sont relativement faciles à interpréter, il n'en est pas de même des clichés de mastoïdes éburnées.

Radiologiquement parlant, « la mastoïde éburnée cache son jeu. » (REVERCHON et WORMS.)

Actuellement, trois incidences principales sont employées pour obtenir des clichés de mastoïdes :

1° l'incidence occipito-zygomatique, perpendiculaire au grand axe du rocher qui permet de voir le labyrinthe et la pointe du rocher ;

2° l'incidence temporo-zygomatique, parallèle au grand axe, qui donne l'image la plus complète et la plus détaillée de la mastoïde ;

3° l'incidence fronto-tympanique oblique à 45° sur le grand axe du rocher, qui permet de bien voir les cavités de l'oreille moyenne et l'antre.

Souvent, lorsqu'on demande au radiologue de confirmer un diagnostic établi par l'examen clinique, une radiographie d'ensemble des deux massifs petreux prise dans la position Vertex-menton-plaque de HIRTZ, suffit pour comparer les deux mastoïdes dont l'une est supposée malade.

Enfin, à l'examen clinique et radiologique, on pourra adjoindre des examens de laboratoire :

1° un examen bactériologique du pus prélevé dans le conduit auditif ; s'il s'agit du *pneumococcus mucosus*, il faut se souvenir que 80 % des otites qu'il provoque s'accompagnent de mastoïdite latente.

2° une numération globulaire et une formule leucocytaire. Quand après la guérison d'une otite, on constate une hyperleucocytose avec un pourcentage élevé de polynucléaires, si par ailleurs le malade ne présente aucune suppuration, on est en droit de suspecter l'intégrité de la mastoïde du côté où l'otite s'est tarie.

Lorsque par la clinique, la radiographie et le laboratoire, le diagnostic de mastoïdite latente est posé, en raison même des complications qui peuvent sur-

venir inopinément, on doit intervenir chirurgicalement.

Il ne faut pas attendre une extériorisation problématique pour se décider à agir : « *C'est une double et grave erreur de trépaner au cours d'une otite aiguë toute mastoïde qui souffre, ou de respecter toute apophyse qui n'extériorise pas ses réactions* » (LERMOYER, BOULAY et HAUTANT).

Chez le nourrisson, on fera une antrotomie sans anesthésie. Chez les autres, une mastoïdectomie large, en recherchant soigneusement s'il n'existe pas de cellules aberrantes, sources de complications toujours possibles.

CONCLUSIONS

I. — Les mastoïdites latentes, caractérisées par l'absence plus ou moins complète des signes mastoïdiens classiques, sont plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement.

II. — Elles revêtent des formes cliniques variées à symptomatologie parfois extrêmement fruste.

III. — Elles sont dangereuses ; les lésions, beaucoup plus étendues et beaucoup plus profondes que les signes cliniques ne semblent l'indiquer, évoluent insidieusement et aboutissent généralement, si elles ne sont pas traitées, à une complication endocranienne.

IV. — Le diagnostic est parfois fort difficile à établir. Il repose sur un examen clinique minutieux et souvent sur des clichés radiographiques des apophyses, dont l'interprétation est toujours délicate. Chacun, selon son expérience clinique, ses tendances, son tempérament, diagnostiquera plus ou moins vite la mastoïdite latente.

V. — Le diagnostic précoce et l'intervention chirurgicale correcte, qui en est le corollaire, mettront, dont la majorité des cas, le malade à l'abri des compli-

cations redoutables qui auraient pu survenir inopinément.

VI. — Toute otite aiguë doit être surveillée par un auriste averti, puisqu'elle peut éventuellement se compliquer d'une mastoïdite latente dont les signes, frustes et variables, sont souvent difficilement reconnus ou rapportés à leur véritable cause.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Complications silencieuses des otites. (*In Presse Médicale*, 1925.)
- ALEXANDER. — Mastoïdismo e Mastoïdite latente. (*Rassegna italiana di oto laringologia*, mars-avril 1930.)
- ALOIN. — Les mastoïdites latentes ; leurs complications méningées chez le nourrisson et l'enfant du premier âge. (*In Lyon Médical*, 1925.)
- ANGLADE. — A propos de deux cas de mastoïdite latente révélés par la radiographie. (*Société de Radiologie du littoral méditerranéen*. Séance du 15 décembre 1935 : *In Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie médicale de France*, n° 225, janvier 1936.)
- ARDOUIN (P.). — Le danger de la temporisation dans les mastoïdites latentes du vieillard. (*Le Monde Médical*, n° 808, 1932.)
- BARANGER (A.). — Au sujet des mastoïdites résiduelles. Les mastoïdites à développement retardé. (*Annales d'Oto-Laryngologie*, juillet 1932.)
- BATIER. — Mastoïdite latente, méningite, opération, guérison. (*Archives internationales d'O. R. L.*, mars 1928.)
- BERTEIN (P.). — Les mastoïdites latentes au cours des otites moyennes aiguës. (*In Presse Médicale*, 1924.)
- BOLOTTE. — Otites moyennes aiguës prolongées et mastoïdites latentes. (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*. août-septembre 1932.)
- BRUNETTI (L.). — Mastoïdite latente. (*Giornale veneto di Sc. Méd.*, octobre 1935.)

- COLLET. — Régression d'une lésion mastoïdienne étendue. Interprétation de radiographies. *Société d'O. R. L. de Lyon*, séance du 12 février 1934 ; *In Annales O. R. L.*, octobre 1934.
- CRABBE. — Mastoïdites latentes et radiographie. (*Société belge d'O. R. L.*, séance du 9 février 1930.)
- DELATTRE (R.). — Mastoïdites latentes. *In Union Médicale du Nord-Est*, décembre 1924.
- DUNTZE. — Deux cas de mastoïdite latente. (*L'Echo Médical des Cévennes*, n° 9, novembre 1933.)
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. — Sur un aspect spécial du fond du conduit dit « fermé en bourse », signe de mastoïdite latente au cours de l'otite aiguë suppurée non ouverte. (*In Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1928.)
- Importance des signes otoscopiques dans le diagnostic des mastoïdites latentes. (*Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, séance du 18 juin 1934 ; *In Annales d'O. R. L.*, octobre 1934.)
- FERRERI. — Exploration radiologique de la mastoïde. (*Société italienne O. R. L.*, XXI^e Congrès 1925.)
- FISCHER (H.). — Sur un cas rare de mastoïdite latente. (*Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, séance du 6 mars 1931.)
- GUISEZ. — Signes de la mastoïdite latente. (*In Bulletin d'O. R. L. et broncho-œsophagoscopie*, 1921.)
- HISAN-DUYDAL (S.). — Oto-mastoïdite latente à mucosus. (*Annales d'O. R. L.*, octobre 1935.)
- IRIBARNE. — Mastoïdite latente. (*In Annales O. R. L.*, 1924.)
- LAURENS (G.). — Mastoïdites latentes. *In Presse Médicale*, 1927.)
- LEMAÎTRE (F.), LÉVY-BRUHL et AUBIN. — Les otomastoïdites du pneumococcus mucosus. (*In Archives O. R. L.*, 1927.)
- LE MÉE, BLOCH-CAZEJUST. — Otites latentes chez l'enfant.
- LUC. — Mastoïdite latente. *In Presse Médicale*, 1921.
- MOURET. — Etude sur la structure de la mastoïde. (*In Annales O. R. L.*, 1913.)

- NOUËLHAC (J.). — De l'utilité de la radioscopie pour le diagnostic des mastoïdites, en particulier des mastoïdites latentes. (*Revue de laryng., d'otol., rhinol.*, n° 3, 15 février 1929.)
- POURTAL. — Contribution à l'étude des mastoïdites latentes. (*In thèse de Montpellier*, 1928.)
- RACOVEANU. — Mastoïdite primitive latente débutant par une paralysie faciale. (*Revue de laryngologie*, novembre 1932.)
- RAMADIER, GUILLON (H.) et EYRIES (C.). — Remarque sur la mastoïdite du nourrisson. (*Communication à la Société de Laryngologie*, Congrès 1935.)
- REVERCHON. — Les mastoïdites latentes. (*Monographies otorhino-laryngologie internationales*, mars 1923.)
- REVERCHON et DIDIER. — Les mastoïdites latentes. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 7 août 1932.)
- STEINEMANN. — Tympan mastoïdique. (*In Annales O. R. L.*, 1926.)
- TAPTAS. — De la mastoïdite aiguë latente chez l'adulte. (*In Annales O. R. L.*, 1926.)
- THÉVENIN. — Contribution à l'étude radiologique des mastoïdites aiguës. (*In Thèse Paris*, 1926.)
- TURTUR (G.). — Mastoïdite latente rivelata da attachi di epilessia classica. (*Boll. di malattia di orecchio, di gola, di naso*, juillet 1933.)
- VAILLANT (P.)[†] — Un cas de mastoïdite latente. (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, janvier 1934.)

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	11
<i>Chapitre premier.</i> — Etude clinique.....	13
1° Mastoïdites latentes avec otite suppurée abondante..	13
2° Mastoïdites latentes avec otite suppurée légère.....	25
3° Mastoïdites latentes évoluant après une otite suppu- rée guérie	34
4° Mastoïdites latentes évoluant sans otite suppurée..	40
<i>Chapitre II.</i> — Causes de la carence des symptômes mas- toïdiens au cours des mastoïdites latentes.....	45
<i>Chapitre III.</i> — Diagnostic et traitement.....	49
<i>Conclusions</i>	53
<i>Bibliographie</i>	55



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



